

救急現場の真実

～現場の実情や救急の上手な受診方法、できるだけ救急を受診しないための予防策を含めて～



東京逡信病院 救急総合診療センター
副センター長 宮澤 健太郎

なぜ医者を目指したか？

もともとの夢はパイロット

成績も良くなかったため、高校卒業後は1年半はフラフラしていた

19歳の半ばにテレビで某大学病院の救命医のドキュメンタリーを見る

救急医に憧れて、親に頼み塾へと通わせてもらう

大学進学後も救急医に憧れていたが、実習で救命センターの患者さんが沢山の管に繋がれ意思疎通なことに、将来の普通の外来ができるかを不安視した。

勝負の早い循環器内科(心筋梗塞や不整脈、高血圧など)へ進路変更するも、救急医に対する憧れは消えず。

現在は忙しいながらも、憧れの救急医として働くことができ、非常に幸せな状態で働けている事に感謝な日々。



主な資格など

日本救急医学会救急科専門医
日本内科学会総合内科専門医・指導医
JAL Doctor 登録医
日本内科学会内科救急(JMECC)コースディレクター
日本蘇生学会指導医
日本職業・災害医学会認定労災補償指導医
社会医学系専門医協会 社会医学系指導医
日本医師会認定健康スポーツ医
日本救急医学会ICLSインストラクター
厚生労働省臨床研修指導医

日本循環器学会認定循環器専門医
国際緊急援助隊医療チーム隊員

日本内科学会内科救急(JMECC)インストラクター
日本病院総合診療医学会認定医
ICD(インフェクションコントロールドクター)
日本医師会認定産業医
日本救急医学会認定ICLS・BLSコースディレクター
身体障害(心臓機能障害の診断)指定医
難病指定医

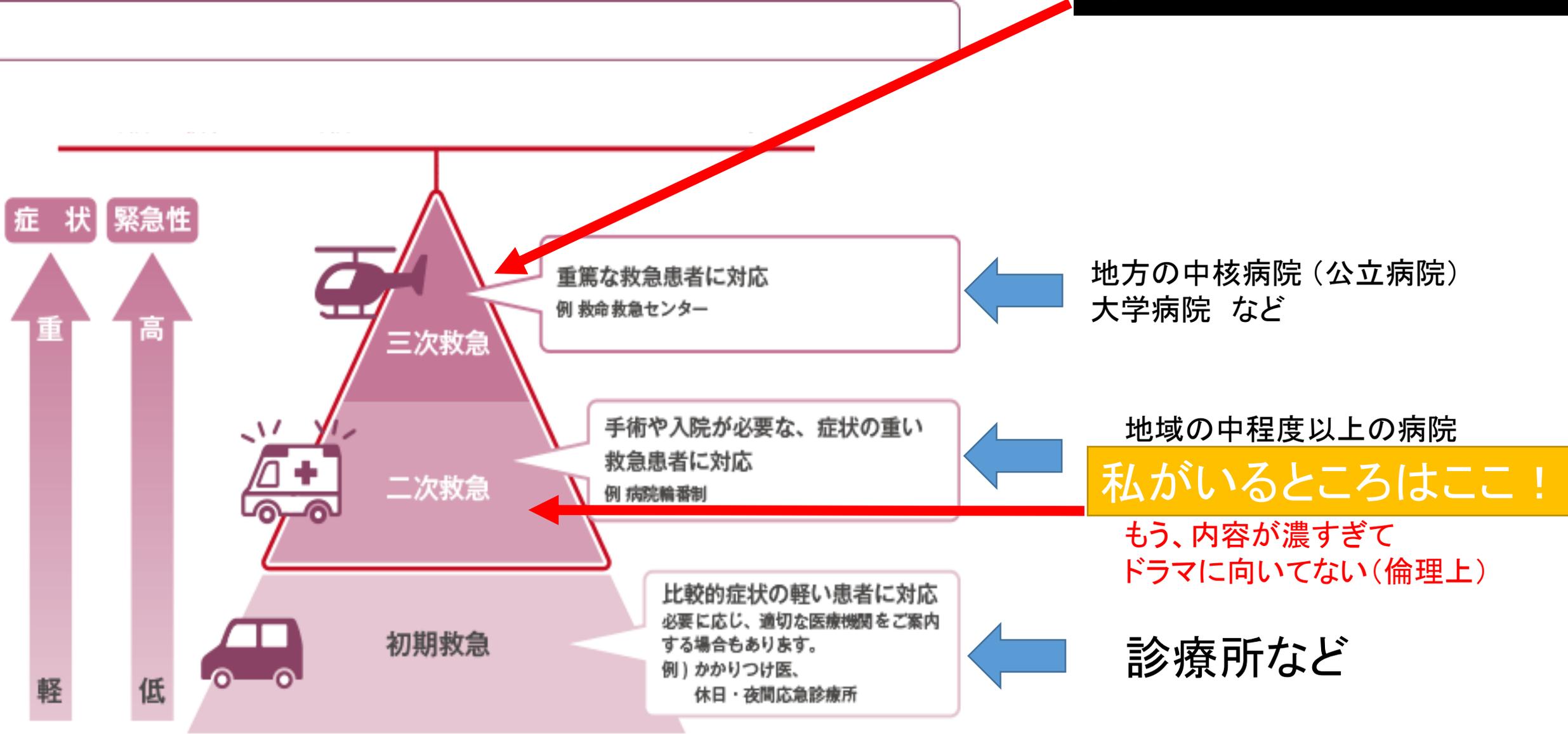
資格が多い ≠ 優秀な医者

試験に望むことで、劣化した知識をUP DATEさせる

これらの資格は強制力の賜物

日本の救急体制

救急ドラマはここ！



地方の中核病院（公立病院）
大学病院 など

地域の中程度以上の病院
私がいるところはここ！

もう、内容が濃すぎて
ドラマに向いてない（倫理上）

診療所など

三次救急（高度救命センター）って？

専門医の集団

24時間体制で命を守る



最後の砦

救命救急センターって？

- ・重篤な救急患者を常に必ず受け入れる体制をとること。
- ・ICU・CCUなど備え、常時重篤な患者に対して高度な医療が可能なこと。
- ・医師、看護師、救急救命士など医療従事者に必要な研修を行う体制を有すること。

高度救命救急センターって？

上記の要件に加え、**広範囲熱傷**や**四肢切断**、**急性中毒**等の特殊疾病患者を受け入れる施設

救命救急センター

二次救急で対応できない複数診療科領域の重篤な患者に対し高度な医療技術を提供する救急医療機関。

人口100万人あたり最低一か所、それ以下の県では各県一か所設置されている。2017年 現在、全国289か所。東京では26か所(多摩地区含む)。

各科専門医が自発的就職、もしくは大学、病院内からの派遣で成立している。

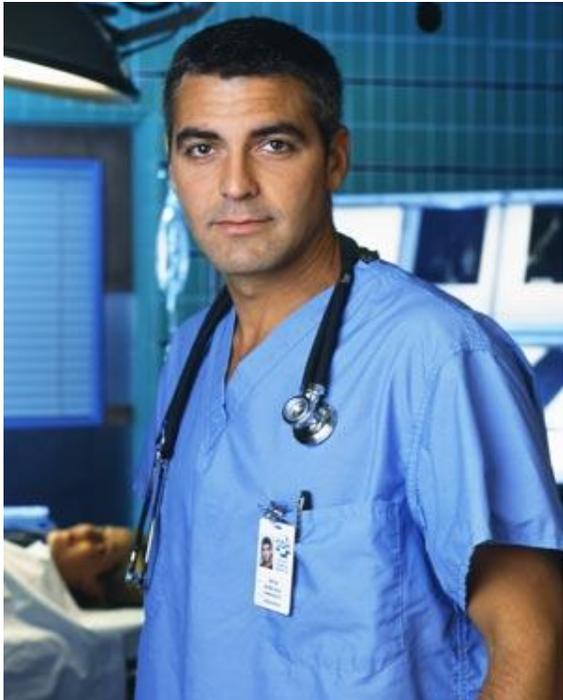
救急専門医(救急医)がいるからといって、すべての疾患に完結的に対応できるわけではない。

どこから(どこの臓器から)助けるか！！??

時間と戦いながら、処置をしながら全員で考える！！！！

各専門家(医)が知識を最大限引き出して救命する

ドラマほど、カッコよくない？ 救急医



視聴率はいいのに……

救急医って何？

あらゆる救急患者の診療にあたるのがER医(救急(外来)医)。ER医は、子供でも高齢でも病気でもケガでも心の問題でも、「専門ではない」と断ることはしません(個々のケースによりますが)。軽症、重症を問わず、歩いて受診される患者でも救急車で搬入される患者でも、すべての患者に対し責任を持って初期診療を行う。そして自らの能力の範囲で帰宅可能の判断を下し、必要があれば専門医に相談や紹介を行う。

全国の救急専門医の数；約4582人（ちなみに内科専門医は 1万5000人）

おそらく、そのほとんどの救急専門医は3次(高度)救命救急センターに所属

最近では内科医と言っても、循環器科医、消化器科医、呼吸器科医、感染症医、神経内科医・・・と細分化されており、すべてのグループの代表を当直させるには膨大な人件費がかかる。たとえ内科医当直を一人としても、外科、整形外科、脳神経外科、小児科、産婦人科・・・と各専門科の医師を一人ずつ揃える当直体制を組むだけでもコストはかさむ。たとえこのような病院を作ることができても、**全国隅々にまで行き渡らせるには国民負担の増大が避けられない。**

結局、通常の病院では専門医を揃える当直体制が不可能なため、「**専門医がいない**」などと診療を断られる救急患者が今でも少なくない。

救急科専門医の実数と必要数

救急科専門医数 **4,582** 名

新規合格者数 313 名/年

	施設あたり必要数	施設数	必要数
救命救急センター	6 名	284 施設	1,704 名
救急告示病院	2 名	3,890 施設	7,780 名
臨床研修病院	1 名	1,031 施設	1,031 名

必要合計人数 **10,515** 名

救急科専門医の全国的な不足が当分続く

しかし、心配ご無用です

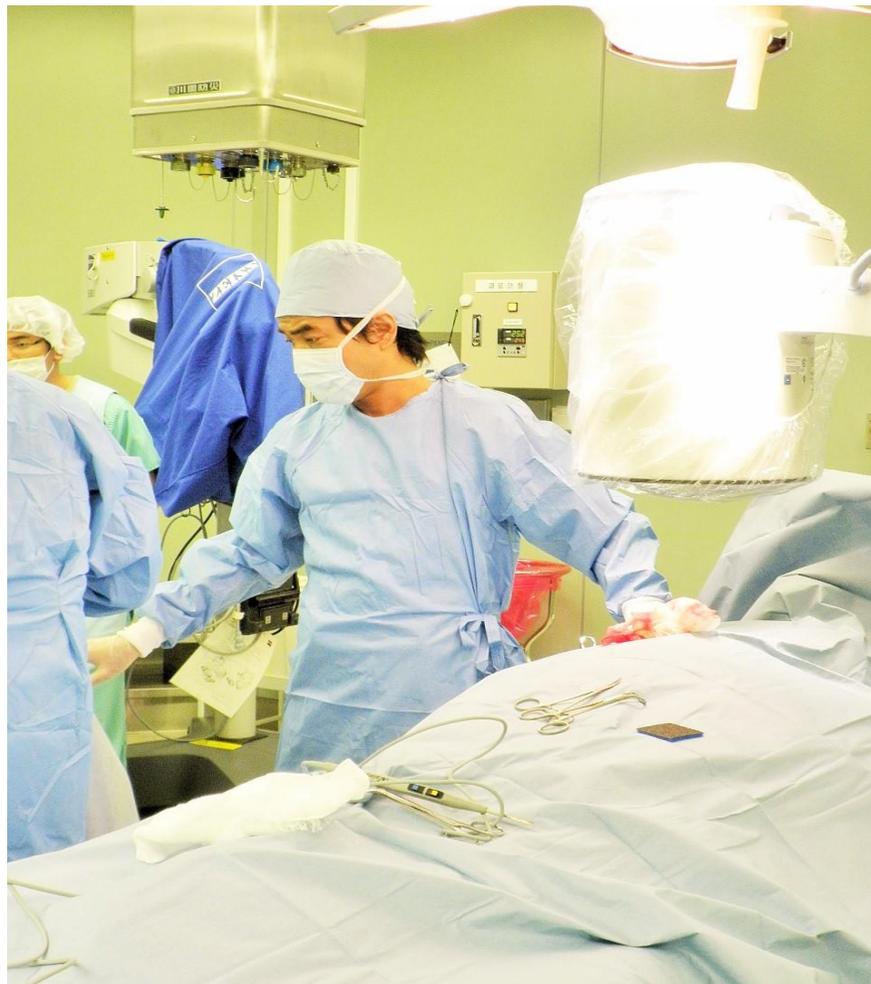
「主たる診療科」を「内科」や「外科」と回答した医師だけで見ると、**地域に関係なく**、都市部でも**減少**していることが分かった。

残念。。。そして不安。。。

「**救急科**」では、人口減少地域も増加地域も同様に、全国的に増加している。すなわち救急科を主たる診療科としている医師は、**地域偏在していないことを示している。**

熱いハートを持った救急医が地道に増えています。

救急医は他に何しているの？



専門分野の手術



2011年3月14日 仙台市内

DMATなどの災害派遣

どういう患者さんが来るの？

一言では言えないが、あえて言うなら・・・

悲惨な状態・・・

- ・下町工場

- ・いってらっしゃい!!

- ・現場に患者がいない！？

- ・サンポール

- ・遠赤外線

救命救急センターで働いてみて・・・

結果的には自分に向いてないと感じた。

(救命救急センターで働く救急医として)

帰宅時の悩み(フラッシュバック)、救急車の音で夜起きる、
麻痺の残った若い人の交通事故、死の宣告の数の多さ・・・

一旦治療して退院しても、次には成功させて来る自殺志願者、
家族の涙・・・

歳をとっていく自分には続かないと感じた。

現在の職場(2次救急病院)へ、住み着くこととなる

ちよつと一息

(ドクターヘリの内部をご紹介)



ドクターヘリの内部



ドクターヘリの内部



出発前点検



休暇を使って趣味の車の世界に



2次救急とは？



二次救急って？

地域で発生する救急患者への初期診療と応急処置を行い、**必要に応じて入院治療**を行う。

医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。

救急救命士等への教育機能も一部担う。

緊急で受診しても、入院加療ができる施設。
(3次救急適応の患者を除く)

2次救急病院の能力によっても、治療によっては行えないことがでてくる。
例えば、2次救急だけど心筋梗塞は治療できないなど

当院のER内部

緊急内視鏡室



初療室

感染症室



シャワー室

二次救急

診療所では診察、もしくは処置を含めた治療が困難 **以上**
3次救急救命センター **未満** の患者さんを診察する

しかし(故に?)、様々な意味で困難を極めるのが2次救急

軽症の中に紛れ込む重症もいれば……

寒くなったり、大雨になると自身で救急車を要請し、歩けないと駄々を捏ねる路上生活者

突然暴れだし、点滴を自身で抜去し、血を流しながら“みんな死ねばいい”と血液を振りまく患者

脱法ハーブが切れて泡を吹き、意識消失で搬送。意識が目覚めて、ERのトイレで再び
脱法ハーブを吸う患者

アルコールが入って、大声で暴言を吐きまくる大手企業サラリーマン(スーツのバッチは取っておきましょう……)

救急車から歩いてくる、20代前半男性。パソコンやってて、頭が痺れて心配になって……

倫理的に、世間で扱えない内容が多く、目を背けて通過される部署

救急って大変だね～ 程度





いつ救急車を呼ぶ？

- ・今まで元気だった人が・・・意識がない！麻痺がある！
(痛み・発熱など)動けない！
動かない！ など

基本的には、緊急で起こった病状の人に対して、直ちに治療を含めた医療行為が必要な状態の人が対象。



急を要さない人、明日まで待てる状態の人(かかりつけ医などと相談の上)は、民間の介護タクシー、施設の車を使用して病院受診をすることが望ましい。

“救急車を呼んではいけません” というものではありません。

救急車の適切な使用方法が地域を救う

最近見かけるこのポスター



#7119 (東京特別区、多摩地区、埼玉、神奈川)

千葉県は#7009

救急車の適切な使用方法が地域を救う

緊急性がない場合で、転院搬送（病院間の患者さんの移送）、入退院、**通院**等で交通手段がないときは、[東京民間救急コールセンター](#)に問い合わせください。

●民間救急やサポートキャブのご案内は●

東京民間救急コールセンターへ

お申し込みは…

ナビダイヤル オーミンキュウ オーキュウキュウ

東京民間救急
コールセンター **0570-039-099**

※ナビダイヤルの電話料金は、通常の料金と同じです。

または、**03-3262-0039**へ

ナビダイヤルは24時間無休

平日9時から17時はオペレーターによるご案内も可能です。

決して“救急車を呼んではいけません”ということではありません。

我々救急医を取り巻く環境

救急医療の現状



東京都の人口 13,735,582人 (2017年7月現)

東京都の救急車台数 約**230**台(予備車含む)

東京消防庁管内の平成29年中の救急出場件数は**77万7,382**件

前年から1.0%増え、救急業務を開始した**昭和11年**以来、**過去最高**(毎年記録更新)

都民 17 人に 1 人の割合で救急車を利用

1日平均2,124件に出場し、出場頻度としては**42秒に1回**の割合で出場

人口15万を超える人口についておおむね**人口6万ごとに1台**を加算した台数を基準

早い話、**救急車を含めた救急医療**(救急センター・病院・救急医など)は**限られた資源**であること。



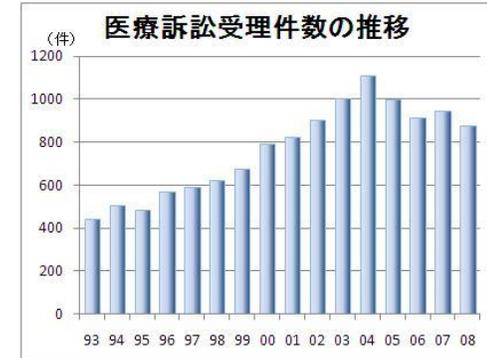
なぜ救急医療の崩壊が叫ばれるようになったのか？

<119番がSOS>
48時間不眠の医師、ERの崩壊...
救急車はもう
助けてくれない

Q. 医療側の問題？ 受診側の問題？

A. 両方にあると思います

- 医療側
- ・訴訟の回避（訴訟に至らなくても関わりたくない）
 - ・専門科への分散（患者のニーズも強い）
 - ・時代の流れでQOL重視も？
 - ・きつい勤務の弊害



医療システム萎縮 → 崩壊??

- ・待ちたくない
- ・専門性への強い希望
- ・間違った権利意識？（マスコミの騒ぎ立てを模倣？）
- ・コンビニ感覚の夜間受診

働き方改革で医療事情は変わるか？

現場の声としては、改革に否定的な意見が多い

国民皆保険(医療受診機会の平等)や医師応召の義務(法律)の存在など

「応召義務」とは医師法第19条に定められ「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には正当な事由がなければ、これを拒んではならない(昭和23年)」。

正当な事由は「医師の不在又は病気等により事実上診療が不可能な場合に限られると解される(昭和30年)」。

ここで正当な事由に該当しないとされる例として、「医業報酬が不払であっても直ちにこれを理由として診療を拒むことはできない。診療時間を制限している場合であっても、これを理由として急施を要する患者の診療を拒むことは許されない。等である(昭和24年厚生省医務局長)」とされている。

つまり、“**時間外であっても、タダ働きであっても、患者がいれば診療しなさい**”
という法律の存在

50年以上前の法律

この部分が変わらなければ、医療従事者の環境は変わらない

しかし、この部分が変われば国民の不利益は避けられなくなる可能性はある

17時以降受診ができない、できても4時間待ちなど

救急(軽症から重症まで)を取り巻く環境は依然厳しい

医者を増やせばいい??

人口が減少している中、得策ではないかと思えます。
当直のほとんどない、9時17時で帰宅できる科は人気が高い。
そのような科の医師が増えても、なんの意味もなくなってしまう。

医療者・患者双方に歪のない改革が必要で、我々を取り巻く全ての状況を考えると

無理だな、頑張ろう・・・

と、思うしかない。

恒久的課題

では

なるべく救急にかからないようにするためには

健康

さらに、大事なことは？？

予防 予兆

60歳以上の方で

救急車での受診で多い病気は？

意識消失＋それに伴う外傷

つまずき転倒＋それに伴う外傷

昼からの飲酒

自身の判断で放置していた風邪症状からの肺炎

これらはある程度予防ができます！

予防って、何をすれば……

健康診断を馬鹿にしない！

男性であれば、オプションでもPSA(前立腺がんのマーカー)をつけたりすることも有用。

そして、便潜血の検査も受けましょう。

痔がある方は、1度は大腸内視鏡などもお薦めします。

超音波検査をして、膵臓や胆嚢、肝臓の安全を確認しましょう。
(沈黙の臓器)

人間ドックはすごくいいですが、市町村の行っている検診でも構いません。

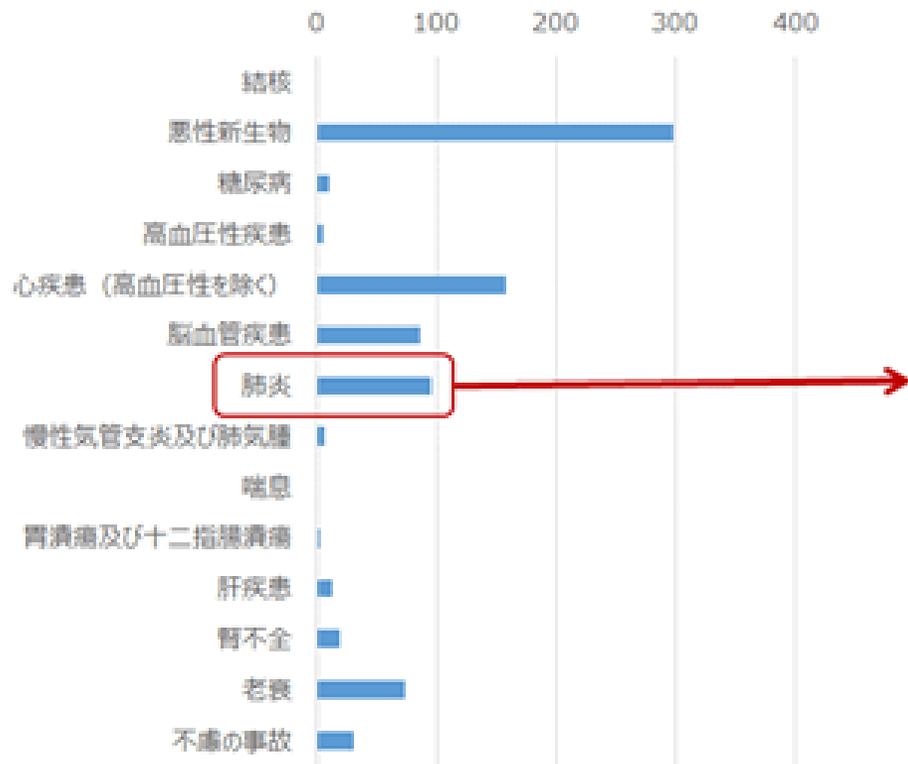
また、普段病院に雇っていない方は、検診結果は大切に保管しておきましょう。

予防って、何をすれば……

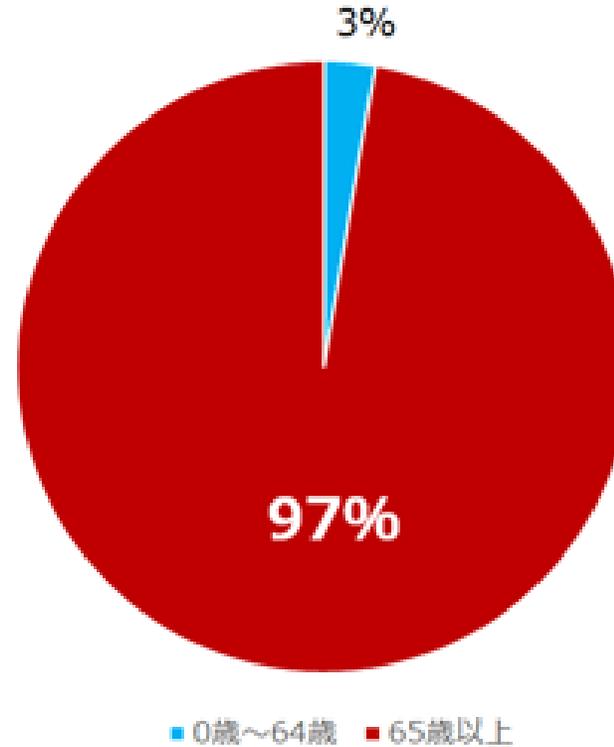
インフルエンザワクチンや、肺炎球菌ワクチンを接種し、“いざ”に備える。

2016年 人口動態調査

主な死因による死亡率（人口10万人対）



肺炎による死亡 年代別比較



65歳以上になると肺炎が第4位となり、80歳以上では脳血管疾患と順位が入れ替わり、第3位となります

予防接種は、絶対しないといけないのか？

肺炎球菌に関して言えば

65歳以上 推奨！

絶対ということはありません。肺炎球菌が肺炎のすべての原因ではありません。しかし、健康を前提とした上で加齢により罹りやすい肺炎の代表に肺炎球菌があります。

肺炎球菌は鼻やノドの奥につきやすい細菌のひとつですが、健康で体力のある状態ならば、免疫力が十分あるため感染症を引き起こすことはあまりありません。しかし、体調をくずすなど何らかの原因で免疫力が低下していたり、**かぜをひいた後**などに、肺炎球菌による感染症-肺炎、髄膜炎、菌血症/敗血症、中耳炎、など-を発症することがあります。

糖尿病、心疾患、呼吸器疾患などの慢性疾患を持つ方や、病気の治療中などで免疫抑制状態にあり免疫力が低下している方、脾臓を摘出されている方、たばこを吸っている方なども肺炎球菌による感染症にかかりやすいので注意が必要です。

当然、肺炎球菌ではない肺炎にも罹りやすくなります。残念ながら、肺炎球菌のワクチン打ってもすべての肺炎には対応できません。Pneumonia is the friend of the age(肺炎は老人の友)という言葉があります。人間、歳を重ねれば常に病気に罹る危険に曝されます。

しかし、一つでも防げることができれば、日常生活での心配事も減ると思います。

併せて大切な、口腔ケア

肺炎球菌の他に、高齢の方に多いのが誤嚥性肺炎です。これはワクチンなどでは回避できません。

加齢とともに、飲み込む力が衰えてくると誤って食事が気管支に入り、その結果誤嚥性肺炎となることがあります。この誤嚥性肺炎は、肺の中に入った食事も原因で起きます。

しかし、口腔内の雑菌が唾液とともに慢性的に(常に)入っている場合は、この口腔内雑菌でも誤嚥性肺炎を起こしやすくなります。

口腔内に食べ物のカスが残っていたり、義歯の手入れが悪いと雑菌が非常に繁殖します。総入れ歯であっても、口腔内を軽くブラッシングし、食事カスなどをしっかり取り除きましょう。

今現在、**糖尿病**や**高血圧**、**高脂血症**などがある方は、脳卒中(脳梗塞・脳出血)にならないようにしてください。脳卒中になってしまうと、ほとんどの方が飲み込みがうまく行かず誤嚥性肺炎を繰り返します。

インフルエンザは打たなくてはいけないのか？

せっかくなので、インフルエンザに関して知識を深めましょう！

インフルエンザの型はいくつある？

大きく3つ

AH1 pdm09

AH3 → これはいわゆる香港型とか言われるタイプ

B (山形系統、ビクトリア系統 の2種類)

どの株が流行ると、ワクチン効果は低い？

AH3

CDCの報告ではAH3に対するワクチンの有効率は34%
オーストラリアでは昨年は10%の有効率...

ちなみにAH1 pfm09であれば、過去の6歳未満のワクチン有効率は65%

AH3が流行ると困ることは？

インフルエンザによる死亡率が高くなる

AH3は

特に高年齢者で重症化しやすい

ことは覚えておかななくてははいけません

そもそも

インフルエンザワクチンは効かない？

確かに防御率は100%ではない

集団接種が中止された1994年以降、

インフルエンザによる学童の死亡者は増加している6,7)

6) N Engl J Med. 2001 Mar 22;344(12):889-96,(2001) PMID:11259722

7) 感染症学雑誌.76(1):9-17,(2002) PMID:11852480

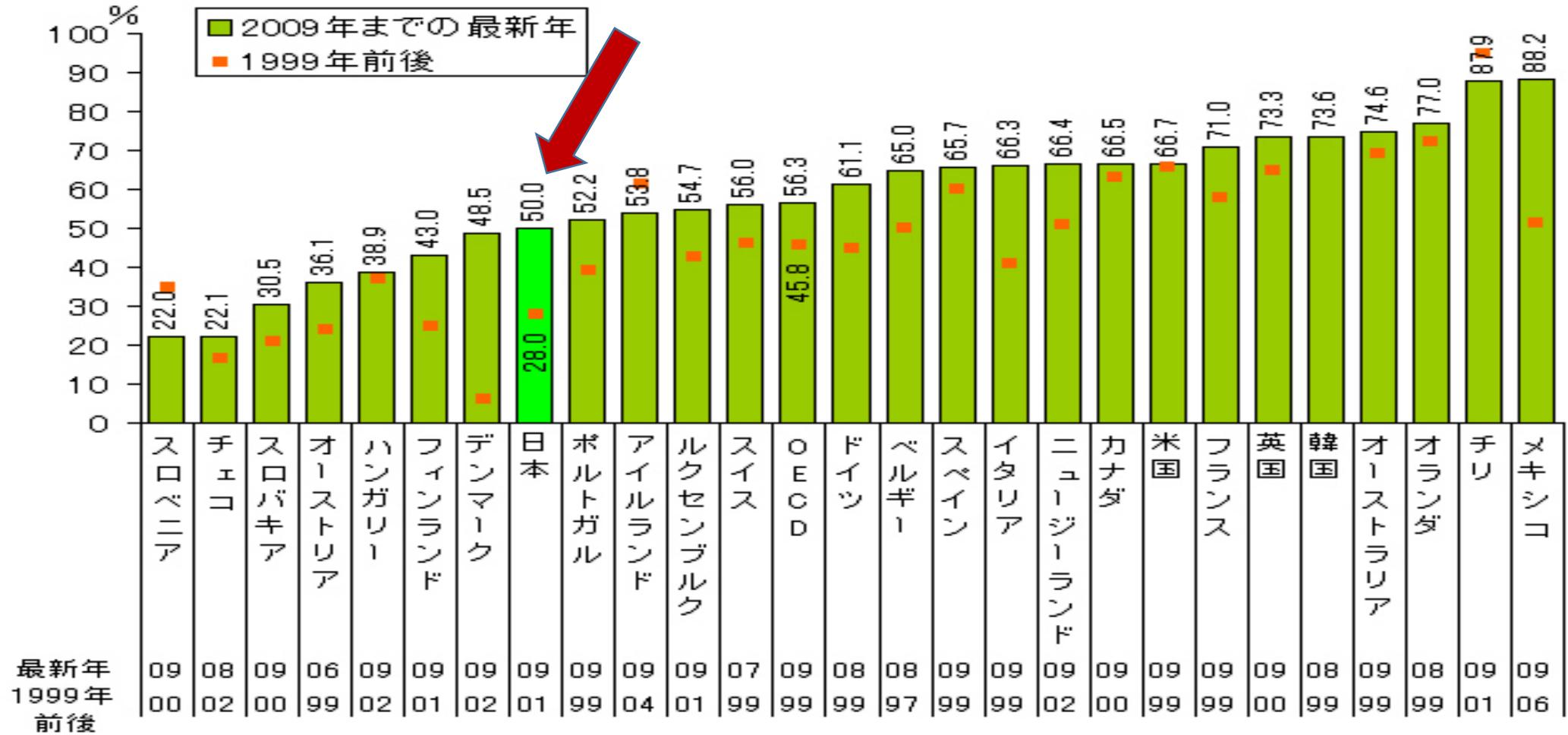
副作用が問題化して1994年の予防接種法改正で任意接種となり、接種者数は一時激減。

しかし、**高齢者施設で集団感染が相次ぎ**、重症化を防ぐ効果が見直され2001年の法改正で**65歳以上**の方は、一部公費助成する「**勧奨接種**」となりました。

懼ってしまうことはあるかもしれないが、極端な重症化は防ぐ効果は大いにあるのでは。

インフルエンザワクチンの国別接種率 (65歳以上)

インフルエンザ・ワクチン接種率(65歳以上高齢者) - OECD諸国



(資料) OECD, Health at a Glance 2011

防御率100%ではないが・・・

小児や、高齢者は免疫力が低い。
免疫力が低い場合、ワクチンを接種しても
十分な効果が期待できない。

これはほかの抗生剤なども同じ。
体力があって初めて十分な効果を出すことができる。

このように感染リスクが高い方々は、
ワクチン接種して
重症化を防ぐことが必要。

ワクチンで病院は儲かる？

ワクチンだけで見れば、純粹に売り上げとしての儲けはあります。ほかの薬剤と同じです。

しかし、打たないで重症化した場合、患者数が激増した場合、その治療費(入院費)の方がよほど儲かります。

もし、病院が本当に儲かりたければ病院はワクチンを打たない方がいい(極論ですが)

皆さんの健康を守ることが
医療の使命



ワクチンはいつ打てばいいの？

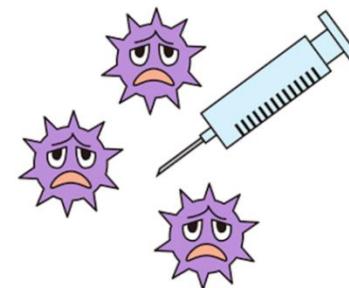
ワクチンは接種して効果発現まで最低2週間

かかります

大体流行する時期は12月中旬から

インフルエンザワクチンの有効期間は

約**5**か月



これらを加味すると、

11月中に接種をしておくことが望ましい

インフルエンザワクチンにまつわる あんな話こんな話…

去年打ったら具合が悪くなって、今年からやめますよ
(東京都 Aさん 70歳)

ワクチンの副作用で、微熱があります。これは、体内の免疫システムによるものです。インフルエンザワクチンを打って、それが原因でインフルエンザに罹ることはありません。インフルエンザワクチンは、体内に予め指名手配書を配って、『これが来たらすぐに対応してください』とお知らせするようなものです。

このAさんの症状は2-3日で改善します。

一度もインフルエンザ罹ったことないから、打たなくていいでしょ？
(埼玉県 Bさん 89歳)

任意接種なので、絶対しましょうとは言えません。もともと免疫能力が高い方なのでしょう。Bさんはこれまで健康診断しか病院に行ったことがないようです。基礎疾患がないのですね。ただ、年々老いていきますのでその点にご留意いただきたいと思います。

インフルエンザで注意すべき予後

インフルエンザ脳症

特定の遺伝子多型がインフルエンザ脳症の発症に関与することがわかっている。日本人の2～3%がこの遺伝子多型を有しており、この患者に高熱を生じると、熱性痙攣やインフルエンザ脳症を発症しやすい。

熱性痙攣の既往のある患者では年齢にかかわらず、脳症のリスクを念頭に置く。

ここ重要です！

肺炎

年齢が上がるほど、肺炎を併発しやすいことを忘れてはいけない。成人肺炎診療ガイドライン2017では、インフルエンザによる肺炎予防として「**早期(2日以内)に抗インフルエンザ薬投与**」を推奨している。

事前の肺炎球菌ワクチン接種が勧められている

インフルエンザ治療薬の予防投与

“予防のため、インフルエンザ治療薬をください”

原則として、インフルエンザを発症している患者と一緒に生活している下記の人たちが対象となる。

- 高齢者（65歳以上）
- 慢性呼吸器疾患又は慢性心疾患患者
- 代謝性疾患患者（糖尿病等）
- 腎機能障害患者

上記以外の人で、予防投薬を希望している人は、結果が陽性でない限り**自費**となる。

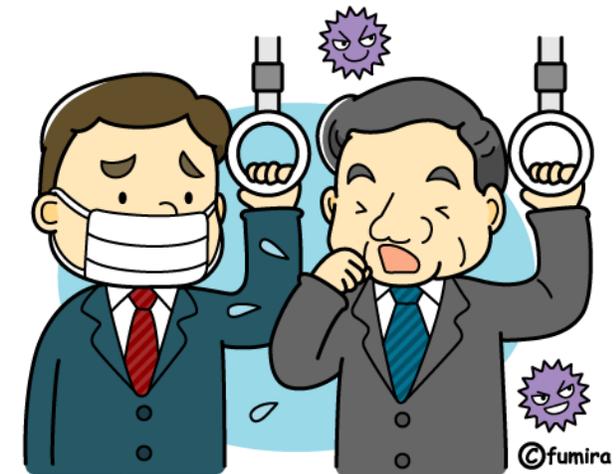
インフルエンザの予防

- ワクチンのみならず、普段の**健康状態を良くしておく**。
- インフルエンザウイルスは手指に沢山つきます。
その手で、眼や鼻などの粘膜を直接触らないように。



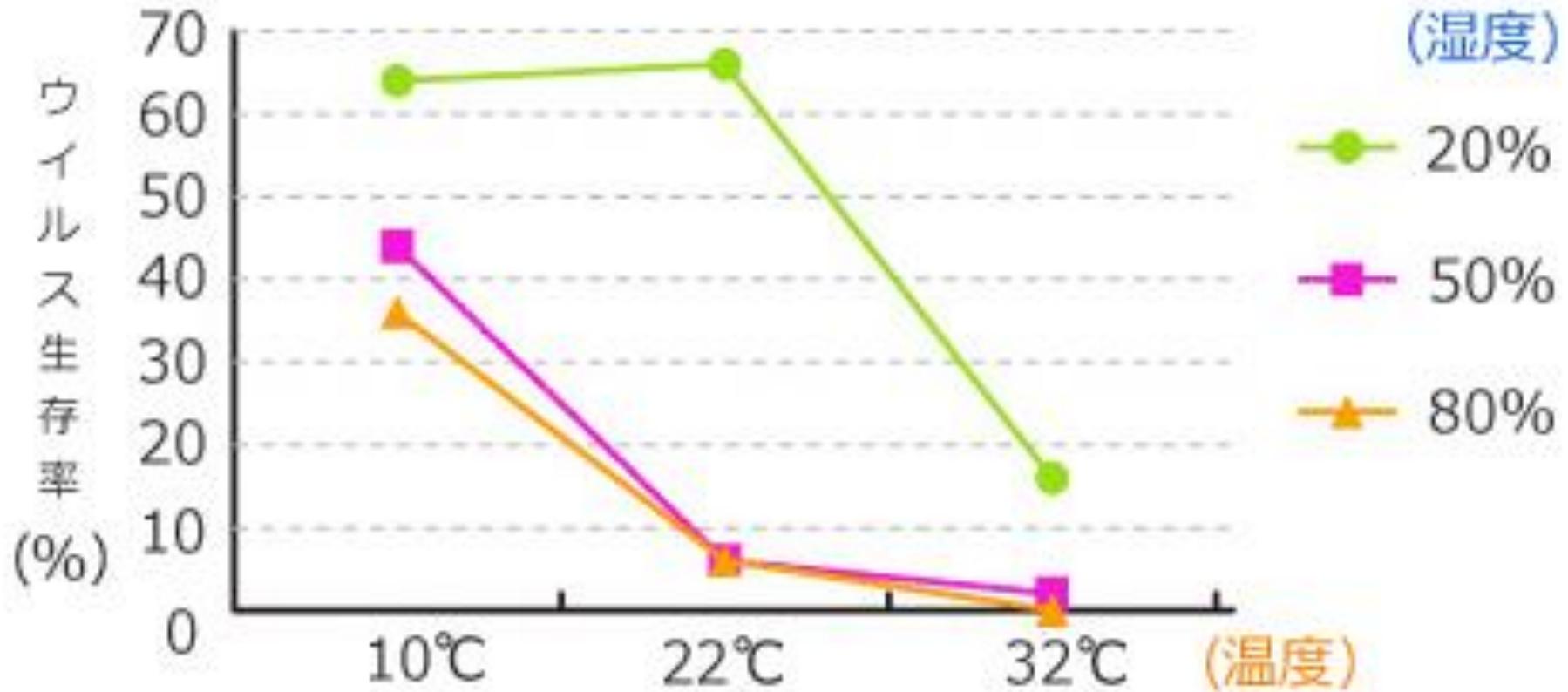
手洗いの励行を！

- うがいに関しては、インフルエンザに関して言及すればあまり意味がない。
なぜなら、**インフルエンザは鼻腔が好き**だから。
かぜの予防には効果はあります。
- **人混みではマスクを着用**。



インフルエンザの予防

インフルエンザウイルスと湿度、温度の関係



自宅での**適度な加湿、室温を維持**する

ちよつと一息



予兆を読む

高齢者は生体反応が低下しているため、身体症状に出にくい

発熱

最もわかりやすい指標 熱が出たころには重症の可能性

すでに37℃後半の発熱があれば、医師の診察は受けたほうがいい。

嘔吐

言わずと知れた 風邪(胃腸炎を含む)のときが多いですが
手術歴がある場合には腸閉塞の場合も

高齢女性の心窩部痛や嘔吐は**心筋梗塞の可能性**もある

頻脈

脱水・発熱の可能性 脱水は万病のもと!!

食欲低下

重大な疾患が隠れている可能性がある!!!

早めの医療機関受診が、みんなを救う!!



発熱



皆さん、ご自身の普段の平熱を知っていますか？

パターン1; 風邪がなくても発熱しない

パターン2; 熱が

いずれのパターンも、特に冬場に受診する方が非常に多いです。

冬場に発熱しやすいです！



かなりの勢いで倒れる方が多く、顔面に大きな外傷痕を認めます。

平熱を知ることと、外出時は熱を測ってから計測することもお薦めです！

ちなみに、人間は朝夕で1度位の体温差があります。朝の体温が重要となりますので、**朝の計測**をお願いします。

脱水

意外と自覚症状なく、軽視されがちなのが脱水です。

水を飲まない理由は様々

- ・夜トイレのために起きたくない
- ・今日は出かけるので飲水は控えめに
- ・だって、喉乾かないから
- ・俺は昔からあまり水を飲まないんだ(信念)

脱水は、自覚症状に乏しく、喉が渴いてることにすら慣れてしまいます。

脱水は血液の濃度を上げて、脳梗塞なども発症しやすくなり、血圧低下にも繋がり意識消失もしやすくなります。また肺炎などの病気の一因になります。

トイレが近くなるなどの諸事情はよくわかりますが、病気のリスクにもなることも忘れないでいただければと思います。

ただし、もともと透析をしている、心臓が悪い方は1日の飲水量がある程度制限されていますので主治医の医師と相談してください。

あれ？脳梗塞か？

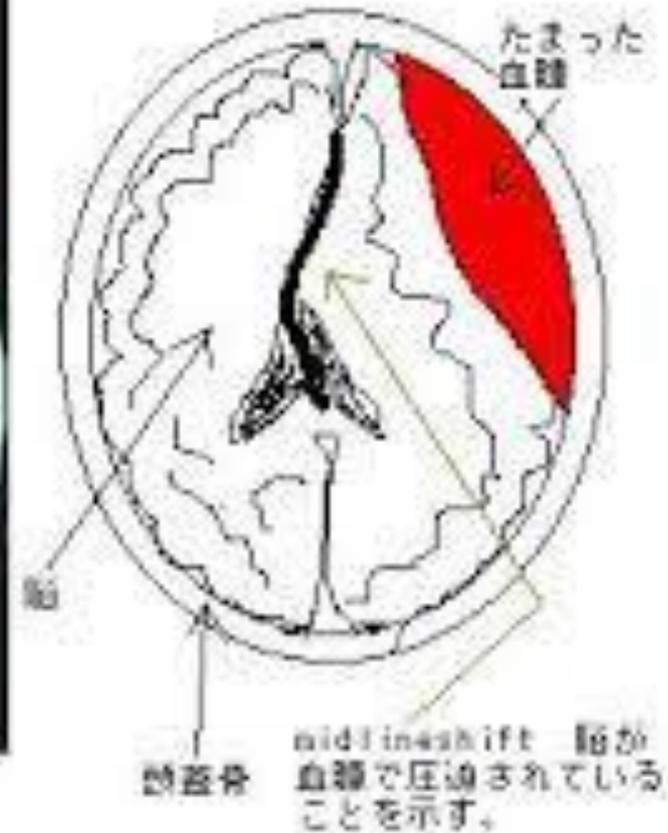
Aさんは、1ヶ月前自宅で転んで、床に頭を強く打ちました。その後、ぶつけたところはタンコブはできたものの冷やして痛みは治まり、普通に生活していました。

2～3日前から、箸の持ちにくさなどを自覚し、今日はとうとう動けなくなり、脳梗塞を心配した家族が救急車を要請し受診しました。

やはり、脳梗塞なのではないでしょうか？



CTを撮影したところ・・・



慢性硬膜下血腫

ぶつけた直後は何もなくても、受傷から1～2ヶ月で起こってきます。
転倒して頭をぶつけたあとは十分注意してください。

救急病院に行くこととなってしまっ
た！



自宅から病院へ行く場合

自身で受診する場合

まず、受診する病院に電話して病状を話し、受診可能かを聞きましょう。

救急車の場合

基本的に越境はできません。(千葉⇒東京 東京⇒神奈川など)
救急隊の判断に任せましょう。

余程の事情(昨日退院した。癌で化学療法治療中など)がない限り、
先ずは一番近い病院に搬送が原則となっています。



準備するもの・保険証 ・財布(診察券など) ・薬手帳
・緊急連絡先 など

初めて行く病院であれば、検診結果、あるいは採血の結果
などを持参していただくと医療者は助かります。



このようなものも効果的ではないでしょうか？



Yahooショッピングで540円

救急医療情報シート

もしものとき、救命や搬送先の医療機関は下記の情報を利用して下さい。

ふりがな	性別	男・女	写真
氏名	血液型	型	
生年月日	年	月	日 (歳)
住所	電話番号	FAX	
持病やアレルギーの有無など	医療内容 (薬剤情報提供書の写しなど)		
かかりつけの医療機関①	かかりつけの医療機関②		
名称			
診療科目及び 診療医			
所在地			
電話番号			
緊急連絡先(名前)	職柄	電話番号	住所
①			
②			
指定居宅介護支援事業所	電話番号	住所	

《同意書》この緊急医療情報書、患者情報、搬送先の医療機関が緊急医療に活用することに同意します。 年 月 日

本人記入 代理者記入 本人との関係

お願い 必要に応じて、新しい情報に書き換えてください。
また、救急時や医師などが見やすいように、出来るだけ目立たない記入をお願いします。



この中に薬手帳のコピー、健診のコピーを入れていただいても良いかと思われれます

外出先で救急車に乗ることになってしまった・・・

私の心の中で持参して欲しいもの・・・

- ・緊急連絡先
 - ・薬手帳(のコピーでも構いません)
- 何かで罹っていれば、その病院の診察券・・・



意識消失＋顔面外傷や骨折



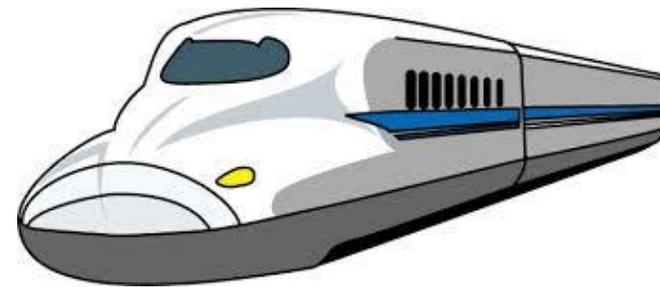
同窓会の飲酒 しかも立食・・・⇒意識消失

奥さんには連絡しないでくれの注文多し(連絡しますが)

旅行に行く途中、帰る途中

旅の疲れか、緊張か

多少体調が悪くても、せっかくだから、と旅行にでかけてしまう など



さいごに

すこし、心肺蘇生法の歴史を



心肺蘇生の歴史

初の蘇生成功の事例は、旧約聖書にすでに記載がある



人は冷たくなるから死ぬんだ！

温熱法...



この前、叩いたら反応があったんだ！！

むち打ち法...



呼吸が止まるからじゃないですか？

300年間継続した主義...

少し気に入ったので、もう少し調べました



1700年 英国で行われた、直腸にタバコの煙を入れる方法。

燻蒸法

よくわからない



馬に乗せて走ると……

逆心臓マッサージ！！すごい！！

市民団体によって1875年になぜか中止

現代に生まれて。。。。本当によかった。。。。

胸骨圧迫(心臓マッサージ)はなぜ大事？

やっぱり心臓が大切

心臓を動かすこと！！！！(心臓の代わりに役目)

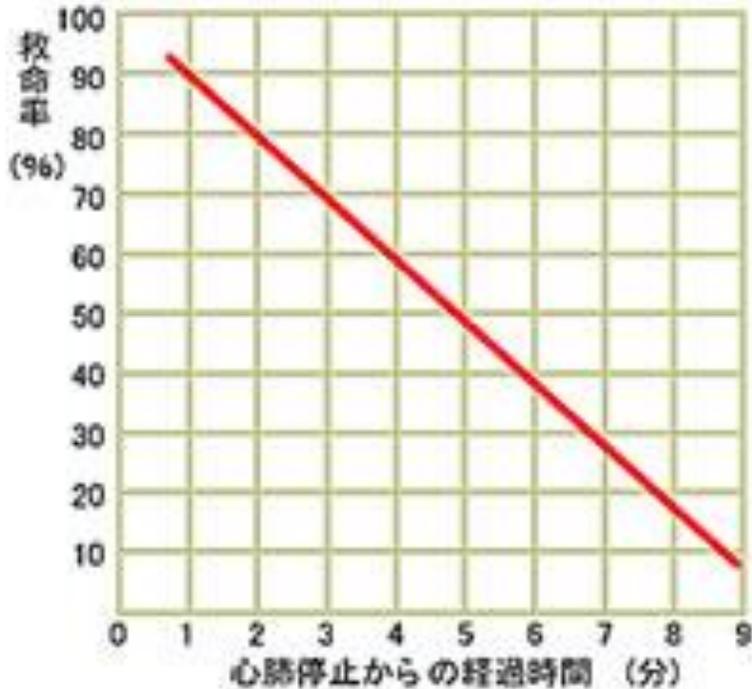
その役目はもちろん大事！！！！

もう一つは、頭に血液を送ること！(忘れられがち)

胸骨圧迫(心臓マッサージ)だけでは心臓が動くことは、ほぼない

AED(自動体外除細動器)や強心薬が必要となる

なぜ?? 胸骨圧迫が大切か?



心肺蘇生法(CPR)を開始する時間が1分遅れると、救命率は7%~10%低下...

10分経過すると、ほぼ救命は不可能...

救命できても、脳死になる可能性が非常に高い...



心停止後
脳が死に始めるのは
わずか3分

心肺停止状態になって、最も急を要するのは脳です。

脳細胞は心停止からわずか3分で死に始めます。

平時の救急車到着まで7分半。

脳を救う!

日本におけるAEDの歴史

日本において医療機関以外の場所にAEDが初めて置かれたのは、JALの飛行機内が最初でした。2001年のことです。

当時はAEDは医師しか扱ってはいけないことになっていました。しかしJALは厚生労働省と協議し、医師がその場にいないときに限り、フライトアテンダントのAEDの使用が許可されました。

一般人の使用が完全に許されるようになったのは、2004年でした。



ちなみにアメリカでAEDが急速に普及するきっかけとなったのは、ラスベガスがAEDを設置し、救命率を飛躍的に高めたことでした。



いざというときの救命処置は、下記の連絡先で講習を受講することもできます。

ご興味のある方は、是非参加してみてください。

公益財団法人

東京防災救急協会

03-5276-0

995

結語

- ・夜間の救急病院は、できる検査が限られてしまうため、詳細な結果を出せないこともあります。
- ・日中に症状がある場合は、可能な限り日中にクリニック・病院を受診してください。
- ・自宅内や外出先(旅行先)でのいざという時のために、持参するものの準備をしておくことをお勧めします。

普段から、体調を整えることはされていると思われませんが、意外なところに落とし穴が存在します。

基本的なことが主体の予防や予兆ですが、今後の生活に是非生かしていただければ幸いです。